

FICHE D'ADHÉSION

Code d'utilisateur GPM / No. de certificat

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'ADMINISTRATEUR

Nom du client		No. de client / No. de groupe	
Nom de l'employé	Prénom de l'employé	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Langue Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>
Adresse (no., rue, app., ville, province, code postal)		Date de naissance (jj/mm/aa)	Date d'embauche permanente (jj/mm/aa)
Courriel	Tél	- Période d'attente Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - pour condition d'embauche	
Catégorie / Classe	Province de travail		
Occupation	Salaire annuel \$		
Nombre d'heures de travail par semaine	Statut : Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/>		
Commentaires		L'employé est-il détenteur d'une carte d'assurance-maladie du Québec (soleil) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR L'EMPLOYÉ

État matrimonial

Célibataire Marié Séparé Divorcé Veuf Conjoint de fait (date de cohabitation) (jj/mm/aa)

Votre conjoint est-il assuré en vertu d'une autre police? (Coordination des prestations) Oui Non

Si oui, laquelle? Frais médicaux Individuelle Familiale Soins dentaires Individuelle Familiale Nom de la compagnie l'assurance : No. de police :

Avez-vous un (des) enfant (s) de moins de 18 ans? Oui Non Avez-vous un (des) étudiants à temps plein à votre charge? Oui Non

RENSEIGNEMENTS SUR LES GARANTIES

Je désire la couverture suivante :

Frais médicaux	Exemption * <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>
Soins dentaires (si applicable)	Exemption * <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>

* **Veillez fournir une preuve de couverture d'assurance, si exempté**

Nom de la compagnie d'assurance : No. de police :

DÉTAILS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Je désire couvrir les personnes à charge suivantes: (si couverture monoparentale, couple ou familiale).

Nom / Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Relation		Sexe M/F	Étudiant à temps plein. Oui	PAC invalide Oui
		Conjoint	Enfant			
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaires : Nom, prénom(s) et lien de parenté avec l'employé. (Pas de rature, liquide correcteur ou toute autre correction dans cette section).

Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est présumée irrévocable. Si vous désirez qu'elle soit révoquée, veuillez cocher cette case: Désignation révoquée

Si la personne désignée comme bénéficiaire est un mineur, veuillez remplir la section de fiduciaire de bénéficiaire ci-dessous. Au Québec, tout montant à être versé à un bénéficiaire mineur sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou tuteur légal, seulement. Si vous souhaitez qu'une autre personne agisse à titre de fiduciaire, veuillez-vous assurer de l'avoir clairement indiqué dans votre testament.

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE DE BÉNÉFICIAIRE

Toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs sera versée à _____ fiduciaire ou, à défaut de fiduciaire, au tuteur dûment désigné du ou des mineurs en cause, à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère l'assureur de toute obligation.

DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Je comprends que des renseignements faux, incomplets ou inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement, ou même la résiliation d'une partie ou de la totalité de ma couverture par l'entremise du régime collectif. J'autorise Groupe Premier Médical inc., ses mandataires et fournisseurs de service à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements relatifs à ma demande aux fins de gestion, de vérification ou du traitement des demandes de règlement. J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire toute cotisation, si nécessaire, se rapportant à ma couverture par l'entremise du régime collectif.

Date (jj/mm/aa) Signature de l'employé Signature de l'employeur